



**SOLICITUD CONJUNTA PARA  
CUPONES DE ALIMENTOS** (BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE  
ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA [SNAP, POR SUS SIGLAS  
EN INGLÉS])

**ASISTENCIA EN EFECTIVO** (ASISTENCIA TEMPORAL A  
FAMILIAS NECESITADAS [TANF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS] para las  
FAMILIAS con HIJOS o ASISTENCIA POR DISCAPACIDAD INTERINA para  
el DISCAPACITADO)

**MEDICAID** (para los ANCIANOS o los DISCAPACITADOS)  
**ALIANZA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD/ PROGRAMA  
PARA NIÑOS INMIGRANTES**

\*LOS SOLICITANTES DE MEDICAID PARA FAMILIAS CON HIJOS (INCLUIDOS LOS  
SOLICITANTES DE TANF) O UN ADULTO SIN DISCAPACIDAD O NO PERTENECIENTE  
A LA TERCERA EDAD DEBEN COMPLETAR UN FORMULARIO DC HEALTH LINK  
(VEA LA PRÓXIMA PÁGINA)

Si usted vive en DC, puede usar este formulario para solicitar beneficios. Si necesita ayuda con este formulario, pídale ayuda a su trabajador u otro empleado de ESA. También puede llamar al (202) 727-5355. Intérpretes gratis están disponibles.

Por favor, lleve este formulario al Centro de Servicio de su área. Para saber cuál Centro le queda más cerca, llame al (202) 727-5355. También puede enviar este formulario por correo a DHS/CRMU, 645 H St., NE, Washington, DC 20002.

Questions? ¿Preguntas? ເປັນຫຍັງ?  
有問題嗎? Có thắc mắc gì không?

 **(202) 727-5355**

**FOR AGENCY USE ONLY**  Application  Recertification

Case Name \_\_\_\_\_ Case # \_\_\_\_\_  
Date Rec'd \_\_\_\_\_ Prog. Approved \_\_\_\_\_  
Date Disp. \_\_\_\_\_ Prog. Denied \_\_\_\_\_

ESA Combined Application: December 2015



## ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD ECONÓMICA CENTROS DE SERVICIO

### **Anacostia Service Center**

2100 Martin Luther King Avenue, SE  
Washington, DC 20020  
Phone: (202) 645-4614  
Fax: (202) 727-3527

### **H Street Service Center**

645 H Street, NE  
Washington, DC 20002  
Phone: (202) 698-4350  
Fax: (202) 724-8964

### **Congress Heights Service Center**

4001 South Capitol Street, SW  
Washington, DC 20032  
Phone: (202) 645-4525  
Fax: (202) 645-4524

### **Fort Davis Service Center**

3851 Alabama Ave., SE  
Washington, DC 20020  
Phone: (202) 645-4500  
Fax: (202) 645-6205

### **Taylor Street Service Center**

1207 Taylor Street, NW  
Washington, DC 20011  
Phone: (202) 576-8000  
Fax: (202) 576-8740

*Clientes pueden llamar a ESA a (202) 727-5355 para determinar cuál centro de servicio es aplicable a usted basada en su dirección.*

### **INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA SOLICITAR MEDICAID**

***A menos que usted tenga 65 años o más, o que sea discapacitado, debe completar un formulario DC Health Link para cobertura de salud para poder recibir Medicaid. Si está haciendo la solicitud en persona en una de las oficinas enumeradas más arriba puede solicitar una copia en papel del formulario Health Link. Si desea completar el formulario en línea para recibir Medicaid, diríjase al sitio web de DC Health Link en DC HealthLink.com También puede comunicarse telefónicamente con el Centro de Servicio al Cliente de DC HealthLink sin cargo al 1-855-532-5465 para que lo ayuden a realizar la solicitud.***

Questions? ¿Preguntas? 有問題嗎?

有問題嗎? Có thắc mắc gì không?



**(202) 724-5506.**

## Su Información

Apellidos	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Teléfono
Dirección actual	Apt.	Dirección de correo (si difiere)		
Ciudad, Estado	Código Postal	¿Es usted un desamparado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Tiene pensado quedarse en el DC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

**Estoy solicitando:**  **Asistencia Médica/QMB**  **Cupones para Alimentos**  **IDA** (Asistencia Interina de Discapacidad)  **TANF/GC** (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas/Asistencia General para Niños)

**Nota:** Sus beneficios de Cupones para Alimentos empiezan el día en el cual hace la solicitud. Usted puede hacer la solicitud inmediatamente. Asegúrese de escribir su nombre y dirección arriba y firmar su al pie de esta página.

## Cupones para Alimentos Aceleradas

Es posible que pueda recibir Cupones para Alimentos en menos de una semana. Para ver si usted es elegible, por favor díganos:

1. ¿Su ingreso de familia será más de \$150 este mes?  Si  No
2. ¿Tiene más de \$100 en efectivo o en el banco?  Si  No
3. ¿Los ingresos y el dinero en efectivo que tiene este mes son superiores a su renta y sus servicios?  Si  No

Si contestó NO a las preguntas anteriores, usted puede ser elegible. Por favor, díganos:

(a) ¿Cuál será su ingreso total este mes? \$ \_\_\_\_\_; (b) ¿Cuánto tiene en efectivo o en el banco? \$ \_\_\_\_\_; y  
(c) ¿Cuánto pagó en gastos de vivienda (alquiler, servicios) este mes? \$ \_\_\_\_\_

4. ¿Es usted o algún miembro de su grupo familiar un trabajador agrícola migratorio o de temporada?  Si  No

## Representante Autorizado

¿Quiere que alguien más sea su representante?  Si  No Si responde Sí, por favor provea la siguiente información:

Nombre de su representante autorizado: \_\_\_\_\_ Dirección de su representante: \_\_\_\_\_ Teléfono de su representante: \_\_\_\_\_

¿Qué quiere que haga su representante?  Realizar entrevistas  Formular preguntas  Reportar cambios  
 Usar tarjeta EBT

## Firma

Al firmar abajo, doy permiso a DHS para obtener información sobre mi persona. DHS puede obtener esta información de mi empleador, arrendatario (landlord), banco y compañía de utilidades. Doy permiso a todas estas personas a dar información sobre mi persona a DHS. He leído cuidadosamente la información provista y creo que toda la información sobre mí que aparece en este formulario de ocho páginas es correcta y verdadera. **Soy consciente de que brindar información falsa es un crimen penalizado por ley y podría correr el riesgo de recibir acciones penales y sanciones. Sé que oficiales estatales y federales verificarán esta información. Estoy dispuesto a ayudarles con sus investigaciones.**

Estoy de acuerdo en seguir las reglas para beneficios de DHS. He recibido una copia de estas reglas. Sé que voy a tener que hacer la **recertificación** para mis beneficios. También entiendo que mi hijo/a puede recibir cuidado de salud gratis a través de "HealthCheck."

**Representantes autorizados:** Si el solicitante no puede firmar este formulario, usted puede firmarlo en su lugar. Al firmar, usted certifica que esta persona quiere solicitar beneficios y está de acuerdo con las condiciones que aparecen anteriormente.

**FIRMA:** X \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

## ¿Quién vive con usted?

(Por favor incluya todas las personas en el hogar, inclusive si no está solicitando beneficios para ellos.)

Apellidos	Primer nombre	Segundo nombre	¿Solicita para esta persona? (Sí/No)	Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento	Edad	Número de Seguro Social*	Relación a usted (hijo, tía, amigo, etc.)	¿Comen juntos? (Sí/No)	¿Ciudadano de los EE.UU.? (Sí/ No)**
1. (Usted)								(Usted)	(n/a)	
2.										
3.										
4.										
5.										
6.***										

\* Puede dejar en blanco si la persona no quiere beneficios. Sin embargo, todavía puede proveer información sobre el ingreso y los bienes de esta persona.

\*\* Muchos inmigrantes son elegibles para beneficios. Para ver si usted es elegible, por favor llene toda la página 6. \*\*\* Adjunte otra hoja si en su casa viven más de seis personas.

## Preguntas Generales

1. Usted es:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Separado/a  
 Viudo/a (No es necesario para Cupones para Alimentos)

2. ¿Alguien está en el ejército o es un veterano de los EE.UU.?  Si  No Si responde Sí, ¿quién?

3. ¿Alguien en su casa está **embarazada**?  Si  No  
 Si responde Sí, ¿quién? (No es necesario para Cupones para Alimentos)  
 ¿Cuándo está provisto que nazca el bebé?

4. ¿Usted está en un lugar de **cuidado de largo plazo** (asilo médico de ancianos, ICF-MR, CRF, etc.)?  Si  No  
 Si responde Sí, ¿dónde?

5. ¿Cuánto paga por **cuidado infantil** o **cuidado de un anciano** (guardería, niñera, etc.)? \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia paga esto?

6. Está usted o alguien de su grupo familiar ocultándose o huyendo de la ley para evitar que los procesen, los detengan o los lleven a la cárcel por un delito mayor o una tentativa de delito mayor, o por infringir las condiciones de la libertad bajo palabra o la libertad condicional?  Si  No  
 Si responde Sí, ¿quién?

7. ¿Ha recibido beneficios de otro Estado en los últimos tres (3) meses?  Si  No Si responde Sí, ¿dónde?

8. ¿Alguien que tiene 16 años o más asiste a la **escuela** o programa de **entrenamiento de trabajo**?  Si  No  
 Si responde Sí, ¿quién? Nombre del programa o escuela ¿Cuántas horas a la semana?

9. En los últimos dos (2) meses, ¿alguien ha dejado de trabajar o ha disminuido las horas de trabajo?  Si  No Si responde Sí, ¿quién?  
 ¿Razón? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue el último día de trabajo? \_\_\_\_\_ Fecha de paga final: \_\_\_\_\_

## Ingreso

### Ingreso de trabajo (antes de impuestos u otras deducciones: bruto no neto)

¿Usted o alguien de su grupo familiar trabaja?  Sí  No

Persona que está trabajando	Nombre/Teléfono de empleador	Fecha inicial	¿De cuánto es cada cheque de pago? (antes de impuestos)	¿Con qué frecuencia recibe el pago? (semanalmente, quincenalmente, mensualmente, etc.)
			\$ (BRUTO)	
			\$ (BRUTO)	

### Otro Ingreso

¿Usted o alguien más tiene otro ingreso? Por favor, marque todas las categorías aplicables y escriba cada pago abajo.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> SSI (Ingreso Suplemental de Seguridad) | <input type="checkbox"/> Desempleo/ compensación de trabajadores           | <input type="checkbox"/> Manutención infantil |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social (no SSI)                 | <input type="checkbox"/> Pensiones y jubilación                            | <input type="checkbox"/> Ayuda con gastos     |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos                | <input type="checkbox"/> Susidio para cuidado de crianza (foster)/adopción | <input type="checkbox"/> Otro _____           |

Tipo de pago	¿Quién lo recibe?	¿De cuánto es cada pago? (antes de impuestos y deducciones)	¿Con qué frecuencia recibe este pago? (semanalmente, quincenalmente, mensualmente, etc.)
		\$ (BRUTO)	
		\$ (BRUTO)	

¿Alguien paga a su familia por comidas o para alquilar un cuarto (por ejemplo, un compañero de casa o inquilino)?

Sí  No Si responde Sí, ¿quién paga? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto paga cada mes? \$ \_\_\_\_\_

## Recursos

<b>Dinero en efectivo</b>	¿Alguien tiene más de \$1,000 en efectivo? Si responde Sí, ¿cuánto? \$ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Cuentas bancarias</b>	¿Alguien tiene más de \$1,000 en el banco? Si responde Sí, por favor añada adjunto su estado de cuenta del banco más recién	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Seguro de vida</b>	¿Alguien tiene seguro de vida que puede cambiar por dinero en efectivo? Si responde Sí, ¿cuánto dinero recibiría si lo cambiaría hoy? \$ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Propiedad real</b>	¿Alguien es dueño de propiedad aparte de la casa donde vive? (Por ejemplo: barcos, propiedad real, bienes raíces)	<input type="checkbox"/> Sí * <input type="checkbox"/> No
<b>Automóvil</b>	¿Alguien posee un automóvil, una camioneta o una furgoneta? Si responde Sí, indique la marca, el modelo y el año a continuación. _____ ¿Lo utiliza alguien que está enfermo o discapacitado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Otro</b>	¿Alguien tiene acciones, bonos, etc.?	<input type="checkbox"/> Sí * <input type="checkbox"/> No
<b>Transferencias</b>	¿Ha vendido, intercambiado o regalado algo que valía más de \$1,000 durante los últimos tres (3) años?	<input type="checkbox"/> Sí * <input type="checkbox"/> No

\* Si responde Sí, por favor añada adjunto una descripción.

## Para Ciegos y Personas Discapacitadas (Solamente para Asistencia Médica e IDA)

¿Alguien en su casa es **ciego** o gravemente **discapacitado**?  Sí  No

Si responde Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

Para obtener los beneficios por discapacidad de Medicaid y Asistencia Interina de Discapacidad (IDA, por sus siglas en inglés), puede ser necesario demostrar que es ciego/a o discapacitado/a. Por favor, obtenga un Formulario Médico y pide que su médico lo llene. Si no tiene médico, llame a la Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Finanzas de Cuidados de la Salud del DC al (202) 724-7491, para que le ayuden a encontrar un médico. El médico completará el Formulario Médico en su nombre DHS mantendrá confidencial toda su información.

**Nota: No** necesita llenar el Formulario Médico (856) si usted tiene **65 años o más** o si un niño que tiene menos de **19 años vive con usted**. Además, es posible que no tenga que llenar el formulario si recibe Seguro Social. Si tiene alguna pregunta, por favor pregunte a su trabajador o llame al (202) 727-5355.

## Vivienda, Utilidades y Otras Cuentas (Solamente para Cupones para Alimentos)

La cantidad de Cupones para Alimentos que usted pueda recibir, va a depender de gastos relacionados con vivienda, utilidades y cuentas médicas. Favor de proveer la cantidad actual de estas cuentas. No incluya cuentas ya pasadas. Calificar para mas Cupones para Alimentos, requiere, proveer pruebas de estas cuentas; si no, asumimos que usted no esta interesado/a en esta deducción.

### Renta o hipoteca

	Renta	Hipoteca	Impuestos de Propiedad Mensuales*	Seguro de casa*	Cuota de condominio*	Otro (describa abajo)
¿Cuánto?	\$	\$	\$	\$	\$	\$
¿Quién paga?						

\*No incluya por separado el impuesto a los bienes inmuebles, las tarifas de condominio, o el seguro si ya fue incluido en la cantidad correspondiente al alquiler/hipoteca

¿Paga por calefacción o aire acondicionado aparte de su renta?  Sí  No

¿Recibió beneficios del Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés) durante los últimos 12 meses?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuánto recibió? \$ \_\_\_\_\_

### Facturas de servicios públicos (si no se incluyen en el alquiler o la hipoteca)

¿Debe pagar por los siguientes servicios públicos (si no se incluyen en el alquiler)?

Factura de la luz  Factura del gas  Combustible  Factura del agua

Factura del teléfono (incluyendo el celula  Otro \_\_\_\_\_

### Otras cuentas

¿Hay alguien que es discapacitado o tiene 60 años o más que paga cuentas médicas?

Sí  No Si responde Sí, ¿quién paga? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto paga mensualmente? \$ \_\_\_\_\_

¿Alguien en su casa **paga** manutención infantil?

Sí  No Si responde Sí, ¿quién paga? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto paga mensualmente? \$ \_\_\_\_\_

## Los padres no viven en el hogar (Solo TANF y asistencia médica)

Podemos ayudarle a recibir manutención de menores para los niños por los que está solicitando. Por favor, cuéntenos si existen padres ausentes (padres que no viven con su hijo). Quizás puede tener un buen motivo para no querer contarnos sobre un padre/madre ausente. **Si teme que un padre/madre ausente pueda hacerle daño a usted o algún miembro de su familia, tiene un buen motivo.** Si tiene un buen motivo, no es necesario que nos brinde ninguna información ahora.

¿Tiene usted un buen motivo para no querer contarnos sobre un padre/madre ausente?  Sí  No

En caso NEGATIVO, entonces debe completar la siguiente información.

### Hijo con padre/madre ausente: Hijo n.º 1

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	¿En qué ciudad y estado fue concebido este hijo?	
		Ciudad:	Estado:
¿El niño nació a término? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre del presunto padre/madre ausente	
En caso negativo, ¿cuántas semanas tenía el niño cuando nació?			

**Certifico que el Hijo n.º1 mencionado arriba fue concebido como resultado de una relación sexual con el presunto padre/madre que he nombrado en el lugar citado anteriormente.**

Firma: \_\_\_\_\_

¿La paternidad fue establecida?	Manutención voluntaria	Manutención de menores ordenada por la corte	
¿La paternidad fue establecida? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha en que recibió dinero por última vez del padre/madre ausente.	Corte	Fecha ordenada
En caso afirmativo, ¿de qué modo?		Ciudad, estado	Cantidad ordenada

### Información adicional sobre el padre/madre ausente

Última dirección conocida	Teléfono	Número del seguro social
Alias o sobrenombre	Fecha de nacimiento	Raza
		Lugar de nacimiento (ciudad, estado)
Último empleo conocido	Fechas de empleo:	
Nombre del padre del padre/madre ausente		Nombre de la madre del padre/madre ausente

### Hijo con padre/madre ausente: Hijo n.º 2

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	¿En qué ciudad y estado fue concebido este hijo?	
		Ciudad:	Estado:
¿El niño nació a término? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre del presunto padre/madre ausente	
En caso negativo, ¿cuántas semanas tenía el niño cuando nació?			

**Certifico que el Hijo n.º2 mencionado arriba fue concebido como resultado de una relación sexual con el presunto padre/madre que he nombrado en el lugar citado anteriormente.**

Firma: \_\_\_\_\_

¿La paternidad fue establecida?	Manutención voluntaria	Manutención de menores ordenada por la corte	
¿La paternidad fue establecida? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha en que recibió dinero por última vez del padre/madre ausente.	Corte	Fecha ordenada
En caso afirmativo, ¿de qué modo?		Ciudad, estado	Cantidad ordenada

**Información adicional sobre el padre/madre ausente (debe completarlo si es distinto de lo provisto para el Hijo n.º1)**

Última dirección conocida		Teléfono	Número del seguro social
Alias o sobrenombre	Fecha de nacimiento	Raza	Lugar de nacimiento (ciudad, estado)
Último empleo conocido			Fechas de empleo:
Nombre del padre del padre/madre ausente		Nombre de la madre del padre/madre ausente	

**Hijo con padre/madre ausente: Hijo n.º3**

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	¿En qué ciudad y estado fue concebido este hijo?	
		Ciudad:	Estado:
¿El niño nació a término? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre del presunto padre/madre ausente	
En caso negativo, ¿cuántas semanas tenía el niño cuando nació?			

**Certifico que el Hijo n.º3 mencionado arriba fue concebido como resultado de una relación sexual con el presunto padre/madre que he nombrado en el lugar citado anteriormente.**

Firma:

<b>¿La paternidad fue establecida?</b>	<b>Manutención voluntaria</b>	<b>Manutención de menores ordenada por la corte</b>	
¿La paternidad fue establecida? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha en que recibió dinero por última vez del padre/madre ausente.	Corte	Fecha ordenada
En caso afirmativo, ¿de qué modo?		Ciudad, estado	Cantidad ordenada

**Información adicional sobre el padre/madre ausente (debe completarlo si es distinto de lo provisto para el Hijo n.º1 y n.º2)**

Última dirección conocida		Teléfono	Número del seguro social
Alias o sobrenombre	Fecha de nacimiento	Raza	Lugar de nacimiento (ciudad, estado)
Último empleo conocido			Fechas de empleo:
Nombre del padre del padre/madre ausente		Nombre de la madre del padre/madre ausente	

**Juro y afirmo solemnemente** bajo la posibilidad de recibir sanciones penales si realizara una Declaración falsa que he leído el presente documento sobre los padres ausentes del hogar y que los hechos declarados en el mismo son ciertos según mi conocimiento, información y creencias personales.

**Comprendo y acuerdo** que la División de Servicios de Manutención de Menores (CSSD, por sus siglas en inglés) recaudará todos los pagos de manutención de menores. Dado que estoy asignando los derechos de manutención, **también acuerdo** pagarle al CSSD cualquier pago que me hagan.

**FIRMA:** X \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

## Seguro de Salud y Cuentas Medicas (Solamente para Asistencia Medica)

Usted puede recibir Asistencia Médica inclusive si tiene otro seguro de salud. También podemos pagar sus cuotas de Medicare. Por favor, díganos sobre su seguro de salud.

<b>Medicare</b>	¿Alguien tiene Medicare (una tarjeta que es roja, blanca y azul)? Si responde Sí, ¿quién tiene Medicare? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Seguro de salud</b>	¿Alguien tiene otro seguro? Si responde Sí, por favor dénos una copia de la tarjeta de seguro.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Antiguas cuentas de Medicaid o cuentas médicas</b>	¿Alguien ha tenido alguna cuenta médica en los últimos tres meses? Si recibe Asistencia Médica, puede recibir un reembolso por algunas cuentas que ha pagado. También podemos pagar algunas cuentas todavía sin pagar. Llame al <b>(202) 698-2009</b> . ¿Su dirección, ingreso y bienes son iguales ahora que hace tres meses?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

### Preguntas Voluntarias

Esta información no afectará sus beneficios. Hacemos las preguntas para asegurarnos de discriminar.

**Su etnia:**  Hispano/Latino  No Hispano/Latino

**Su raza:**  Negro/Afro-americano  Asiático  Indio Americano o Nativo de Alaska  
 Blanco  Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico

**Nota:** Usted puede seleccionar más de una raza. Además, usted no esta obligado/a a proveer esta información. Ninguna de esta información afectara sus beneficios. Solo hacemos estas preguntas para asegurar que no estamos discriminando.

### Preferencia de idioma

La Ley de acceso al idioma de DC exige que brindemos servicios a aquellas personas que no hablan inglés o que no pueden hablarlo con fluidez. La ley también exige que recolectemos información sobre los idiomas que nuestros clientes utilizan. Responda las siguientes preguntas:

¿Qué idioma habla usted generalmente?

Inglés  Español  Francés  Vietnamita  Coreano  Américo  
 Chino (Mandarín)  Chino (Cantonés)  Otro \_\_\_\_\_

¿Qué idioma desea utilizar cuando reciba servicios de Administración de Seguridad Económica (ESA, por sus siglas en inglés)?

Inglés  Español  Francés  Vietnamita  Coreano  Américo  
 Chino (Mandarín)  Chino (Cantonés)  Otro \_\_\_\_\_

Si no desea utilizar el idioma que habla normalmente, debe firmar la siguiente declaración:

Me han informado que tengo el derecho de recibir servicios de la ESA en el idioma que hablo generalmente. Al firmar, declaro que NO deseo recibir servicios de idioma.

Firme aquí solo si NO desea recibir servicios de idioma: \_\_\_\_\_

## Para Inmigrantes (No Ciudadanos) Solicitando Beneficios

Muchos inmigrantes son elegibles para beneficios. Para personas que no son ciudadanos que están solicitando beneficios, por favor provea la siguiente información sobre inmigración. **Si su estado es "OTRO," no le pediremos más información sobre su estado de inmigración.**

Si solo está solicitando para su hijo/a, **no** es necesario proveer detalles de su estado de inmigración; puede proveer solamente los detalles de su hijo/a. Si solo quiere beneficios para su hijo/a, usted puede marcar "OTRO" para su estado inmigrante.

Es posible que solicitemos a los Servicios de Inmigración (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos [USCIS, por sus siglas en inglés]) que verifiquen el estado de cualquier persona que NO esté mencionada como "OTRO". Esto podría afectar su elegibilidad para recibir beneficios y el monto de sus beneficios.

Por favor, use las siguientes categorías para "Estado Actual" en la tabla que sigue:

- Residente permanente legal (LPR, por sus siglas en inglés)
- Refugiado o asilado
- Ingresado de Cuba o Haití
- Persona que ha recibido paro de deportación
- Persona con libertad condicional que ha sido admitido por al menos un año
- Extranjero que ha estado presente desde antes del 1 de abril de 1980, como "Ingresado Condicional"
- Persona activa en las Fuerzas Armadas de los EE.UU. (o veterano)
- Esposo/a, viudo/a o dependiente de un soldado estadounidense o veterano
- Una víctima de violencia doméstica
- Una víctima de una forma grave de trata de blancas
- Indígena de los EE.UU./Inuit nacido fuera de los EE.UU.
- Hmong / laotiano
- Inmigrante especial Afgano/Iraquí
- Asiáticos-americanos que llegaron a los EE.UU. debido a la Guerra de Vietnam
- OTRO: el estado NO es una de las categorías indicadas aquí

Nombre	# de identificación de extranjero (Número "A")	Estado actual	Fecha de llegada en los EE.UU.	¿Ha sido refugiado/a o asilado/a?	¿Cubano/haitiano?
1.				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
2.				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
3.				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
4.				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
5.				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí

**Importante:** ¿Alguien indicado arriba vino a los EE.UU. antes del 22 de agosto de 1996?     Sí     No

Si responde Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

**Nota:** Algunos inmigrantes que llegaron a los EE.UU. después del 22 de agosto de 1996 no tienen que esperar cinco años antes de recibir beneficios.

**Solo para Residentes Permanentes Legales:**

1. ¿Tiene un patrocinador?     Sí     No

2. ¿Usted, sus padres, su esposo/a y/o su patrocinador/a ha trabajado alguna vez en los EE.UU.?     Sí     No

## Este es Su Recibo

El sello con la fecha a la derecha muestra que los Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) recibieron su formulario. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al Centro de Llamadas ESA al (202) 727-5355.

Su trabajador le entregará una "lista de control". La lista de control le informa qué documentos deberá traer en su próxima visita al DHS. También puede enviar las copias a su Centro de Servicios a la dirección que figura más abajo. Si las envía por correo, escriba su nombre y su fecha de nacimiento en cada documento. DHS debe ayudarlo a obtener los documentos que necesita, si usted no puede conseguirlos. Infórmenos si necesita ayuda.

Contacto de ESA: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Dirección del Centro de Servicio: \_\_\_\_\_

**ESA DATE  
STAMP**

Case Name \_\_\_\_\_

## Documentos Que Puede Ser Necesario Llevar a DHS

Prueba de:	Ejemplos
<b>Ingreso</b>	Recibos de pago recientes; estado de cuenta indicando ingreso de jubilación, ingreso de discapacidad o Compensación de Trabajadores, etc..
<b>Recursos/Bienes</b>	Recientes estados de cuentas bancarias y cuentas corrientes, etc
<b>Residencia en D.C.</b>	Licencia de manejo de DC, contrato de arriendo, recibo de renta, declaración escrita de su propietario (landlord), cuenta de utilidades o cuenta telefónica, etc.
<b>Número de Seguro Social</b>	Tarjeta de Seguro Social; documentos de impuestos o salario que contengan su número de Seguro Social; licencia de conductor de DC que contenga su número de Seguro Social; etc. (No es requerido para solicitantes que únicamente solicitan Cupones para Alimentos.)
<b>Informe de Examen Médico/Discapacidad</b>	Informe médico reciente (o Formulario 856) y materiales de apoyo de su medico..
<b>Información de Inmigrantes</b>	Tarjeta de Autorización de Empleo, I-94, visa, pasaporte u otros documentos de INS.
<b>Renta/hipoteca</b> (Solamente para Cupones para Alimentos)	Contrato de arriendo, recibo de renta, cheque cancelado, estado de cuenta de hipoteca, etc..
<b>Cuentas de Utilidades</b> (Solamente para Cupones para Alimentos)	Cuentas recientes de electricidad, gas, teléfono, agua, etc. (si usted paga estas cuentas aparte de su renta).
<b>Relación</b> (Solamente para TANF)	Certificado de nacimiento (copia completa) para su(s) hijo(s) o archivos oficiales de la escuela, corte, hospital, etc.
<b>"Vive con"</b> (Solamente para (TANF)	Declaraciones de dos personas que no sean parientes o archivos escolares.

Lleve su **tarjeta de Medicare** u otra tarjeta de seguro de salud, si tiene alguna.

## Referencias

- HealthCheck provee **cheques gratis** para niños que reciben Medicaid. También paga por otros servicios que un niño necesita. HealthCheck también le puede proveer **viajes gratis al médico**. Para obtener, llame al (202) 639-4030.
- WIC es un programa para niños que tienen menos de 5 años de edad. Con WIC, usted puede **ahorrar hasta \$140** cada mes en comida. Además, el personal de WIC le puede hablar de dar el pecho. Para obtener más información, llame al 1-800-345-1WIC (1-800-345-1942).
- Si usted es elegible para recibir Asistencia Médica, puede recibir dinero de vuelta por **cuentas médicas recientes** que hapagado. Para obtener más información, llame al (202) 698-2009.
- El Distrito tiene un programa especial para personas de tercera edad y personas discapacitadas que necesita **enfermería en casa** y otro **cuidado basado en casa**. Este programa tiene un límite de ingreso más alto que Asistencia Médica normal. Para obtener más información, llame al 1-877-919-2372.

Exámenes y servicios para HIV/AIDS	(202) 671-4900	Evaluación de cáncer de seno/cáncer cervical Medicare	(202) 442-5900
Alcohol y drogas	1-888-7WE-HELP	Administración de Seguro Social	1-800-772-1213
Depresión y salud mental	1-888-7WE-HELP	Asistencia de energía	(202) 673-6700
Medicare	1-800-633-4227	Vivienda pública y Sección 8	(202) 535-1000

## Ayuda Legal Gratis

Neighborhood Legal Services  
680 Rhode Island Ave., NE  
(202) 832-6577

4609 Polk St., NE (Ward 7)  
(202) 832-6577

2811 Pennsylvania Ave., SE (Ward 8)  
(202) 832-6577

Bread for the City Legal Clinics  
1640 Good Hope Rd., SE  
(202) 561-8587

1525 Seventh St., NW  
(202) 265-2400

Legal Aid Society  
666 11<sup>th</sup> St., NW, Suite 800  
(202) 628-1161

Legal Clinic for the Homeless  
1200 U St., NW  
(202) 328-5500

Legal Counsel for the Elderly  
601 E St., NW  
(202) 434-2120  
(para personas que tienen al menos  
60 años)

## Sus Derechos y las Reglas del Programa

### Recertificación

Le enviaremos un aviso de recertificación por correo. Si usted recibe Asistencia Médica, sólo llene el formulario y devuélvalo a DHS. Si recibe Cupones para Alimentos o asistencia en efectivo (TANF, GC o IDA), usted tendrá que ir a DHS para una entrevista. Si no hace la recertificación, perderá sus beneficios.

Si se cambia de casa, por favor háganos saber. Sólo llame al **(202) 727-5355**. Si no nos avisa de su dirección nueva, no le vamos a poder enviar el formulario de recertificación.

### Reglas Generales

Usted tiene que proveer información verdadera y completa. Si miente o da información falsa, puede perder sus beneficios. También podría recibir una multa e ir a la cárcel. Es posible que verifiquemos su información para asegurar que es correcta. Es posible que verifiquemos su ingreso, la información de Seguro Social y su información de inmigración. Verificamos esta información a través de programas computerizados. También es posible que le entrevistemos y hagamos una visita a su casa.

Su caso puede ser escogido para una revisión de Control de Calidad. Esta es una revisión detallada de toda su información. Puede incluir entrevistas personales y una revisión de sus archivos médicos. Al solicitar, usted está de acuerdo a cooperar con el personal estatal o federal que hace la revisión. Si usted no coopera, puede perder una parte o todos sus beneficios. Si usted está siendo investigado o está huyéndose de la ley, es posible que compartamos su información con las agencias federales y locales. Si se presenta un reclamo en su contra relacionado con estampillas para alimentos, es posible que la información de este formulario, incluidos los Números de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés), se envíe a las oficinas federales y estatales, o a agencias privadas de cobro de reclamos para la acción de cobro de reclamos en contra de todos los adultos del grupo familiar.

Bajo la ley federal o del Distrito, usted tiene que proporcionar su Número de Seguro Social (vea 42 CFR 435.910, 7 CFR 273.6, Código de DC §4-204.07, §4-205.05a y §4-217.07) si está en la unidad de asistencia para Asistencia Médica, IDA, Cupones para Alimentos o TANF. La computadora DHS utiliza su número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) para verificar sus ingresos y lo obtiene de los registros de fuentes locales y federales, incluido el Servicio de Impuestos Internos, la Administración de Seguros Sociales, el Departamento de Servicios de Empleo de DC y la División de Servicios de Manutención de Menores de DC (CSSD, por sus siglas en inglés). Asimismo, DHS se reserva

el derecho de analizar su información con servicios de verificación de ingresos y demás agencias locales.

### Audiencias Justas

Si usted cree que DHS ha cometido un error, usted puede obtener una Audiencia Justa. Llame al **(202) 698-4650** para obtener más información. También puede llamar al (202) 727-8280. En la Audiencia Justa, puede pedir que alguien hable por usted. Puede ser un abogado, un amigo, un pariente o alguien más. También puede llevar testigos. Pagaremos por el transporte de usted y sus testigos a la Audiencia Justa. También es posible que cubramos otros de sus gastos. Adicionalmente, usted puede recibir ayuda legal gratis para una Audiencia Justa. Llame a una de las agencias indicadas anteriormente para hablar con un abogado o consejero.

### Reglas de Asistencia Médica

Las reglas de Medicaid han cambiado. A menos que usted tenga 65 años o más, sea ciego o discapacitado, debe completar el nuevo formulario DC Health Link para recibir seguro médico. Sin embargo, si usted tiene más de 65 años, es ciego o discapacitado, o si desea que evaluemos su solicitud para recibir Asistencia por discapacidad interina, debe completar este formulario. Luego de hacer la solicitud, se le informará de la decisión sobre su asistencia médica dentro de los 45 días (o 90 días si DHS debe determinar si usted es discapacitado). Si no recibe una respuesta dentro de esos términos, llame al (202) 727-5355. Si usted recibe asistencia médica, debe volver a certificarse cada año cuando le enviemos la notificación para que se certifique nuevamente. No hay un límite de tiempo para recibir asistencia médica. Asimismo, si pierde el TANF, puede todavía recibir asistencia médica.

### Apoyo Infantil:

Usted está de acuerdo de cooperar completamente con CSSD en establecer paternidad y obtener manutención infantil y apoyo médico como sea requerido por la ley. Puede solicitar una excepción si tiene una buena razón. Sin embargo, usted puede perder sus beneficios si no coopera sin tener una buena razón.

### Recuperación de Patrimonio:

El Distrito buscará recuperar el dinero que pagamos por cuentas si usted está en un asilo de ancianos u otra institución médica. Además, si tiene al menos 55 años, el Distrito buscará recuperar el dinero por los servicios que obtiene. Esto significa que el Distrito puede imponer un derecho de retención en su propiedad o patrimonio. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al (202) 442-9075.

### *Pleitos:*

Si usted pone una demanda o entra en negociaciones para resolver un reclamo médico con otra parte, tiene que proveernos notificación por escrita de la acción (o por servicio personal o por correo certificado) dentro de 20 días de calendario a Medical Assistance Administration, Third Party Liability Section, 441 4th St., N.W., Suite 1000-South, Washington, DC 20001. Si tiene alguna pregunta, llame al (202) 698-2000.

### *Información sobre reembolsos de gastos menores:*

Si pagó recetas de medicamentos, visitas al médico u hospitalizaciones durante un tiempo en el que era elegible para recibir los servicios de Medicaid, es posible que se le reembolsen esos gastos.

**REQUISITOS:** puede reunir los requisitos para los reembolsos si durante un período de tiempo usted o algún familiar eran elegibles para recibir los servicios de Medicaid, y

- Usted pagó recetas de medicamentos, visitas al médico u hospitalizaciones; o
- Todavía está pagando una factura, o se le pide que pague, una factura de farmacia, clínica, médico u hospital por recetas de medicamentos, visitas al médico u hospitalizaciones.

Si considera que tiene derecho a un reembolso, debe solicitarlo dentro de los seis (6) meses de la fecha en que fue a la farmacia, clínica, médico u hospital, o dentro de los seis (6) meses de la fecha en que se enteró de que reunía los requisitos para recibir Medicaid, la que sea posterior.

Debe completar y presentar el Formulario de Solicitud de Reembolso Medicaid al Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud de DC. Puede obtener una copia del formulario en cualquier oficina ESA, o puede descargar una copia desde <https://www.dc-medicaid.com/dcwebportal/nonsecure/recipientForms>.

**SI TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO U OBTENER LA INFORMACIÓN SOLICITADA, CONTACTE A:**

- Equipo de Investigación de Reclamos de Beneficiarios de Medicaid del Departamento de Finanzas de Atención de la Salud del Distrito de Columbia (DHCF, por sus siglas en inglés) al (202) 698-2009.
- Terris Pravlik & Millian, LLP, 1121 12th Street, NW, Washington, DC 20005, (202) 682-0578, quien le proporcionará asistencia legal gratuita.

**LA DECISIÓN SOBRE SU RECLAMO DE REEMBOLSO SE DEBE TOMAR DENTRO DE LOS 90 DÍAS:**

- El Equipo de Investigación de Reclamos de Beneficiarios de Medicaid debe tomar una decisión sobre su reembolso dentro de los 90 días posteriores a la presentación de su reclamo. Si no se toma decisión alguna en esos 90 días, se considerará que su reclamo es válido y se le pagará dentro de los 15 días posteriores a la finalización del período de 90 días.
- Si no está satisfecho con la decisión del Equipo de Investigación de Reclamos de Beneficiarios de Medicaid, tiene derecho a una audiencia justa. Puede solicitarla llamando a la Oficina de Audiencias Administrativas al (202) 442-9094. La Oficina de Audiencias Administrativas está ubicada en 441 4th Street, NW; Washington, DC 20001-2714.

c. Si no está satisfecho con el resultado de la audiencia justa, puede apelar al Tribunal de Distrito de los Estados Unidos correspondiente al Distrito de Columbia, dentro de los 30 días. P1ede obtener asistencia legal gratuita para presentar su caso en la audiencia justa o en la apelación si contacta a Terris Pravlik & Millian, LLP en 1121 12th Street, NW; Washington, DC 20005 o al (202) 682-0578.

### **Reglas de TANF**

El programa TANF exige cumplir con nuevos requisitos. Luego de hacer la solicitud, debe completar una orientación, una evaluación y crear un plan de autosuficiencia inicial como condición para calificar para poder recibir beneficios TANF. Este requisito no aplica si usted está recibiendo Ingreso Complementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés) o si usted cuida niños que no son suyos y solo está haciendo la solicitud para los niños. Llame al Centro de Recursos para Familias al (202) 698-1860 para programar una cita para su evaluación. Se le informará sobre la decisión de su TANF dentro de los 45 días. Si no recibe una respuesta dentro de los 45 días, tiene derecho a una Audiencia Justa. Asimismo, si considera que la cantidad del beneficio es incorrecta también tiene derecho a una Audiencia Justa.

Si usted puede trabajar, entonces debe cumplir con los requisitos para recibir beneficios TANF. Podría perder los beneficios en caso de no cumplirlos. Si usted presenta una condición física o mental que le impide trabajar, informárselo al coordinador de caso de DHS en cualquier momento. Usted puede no tener que trabajar si cuenta con un buen motivo. Esto se denomina una exención laboral.

Usted no tiene que ir a trabajar si:

- Es un padre/madre menor y asiste a la escuela
- Tiene un hijo menor de 6 años y no puede encontrar una guardería
- Tiene algún impedimento, lesión o discapacidad
- Debe cuidar de alguien en su hogar que esté enfermo o sea discapacitado
- Tiene 60 años o más
- Debe recibir tratamiento por abuso de sustancias y no puede trabajar
- Es víctima de violencia doméstica y teme por su seguridad
- Tiene un hijo menor de un (1) año

Podemos solicitarle evidencia de su motivo para ser eximido del trabajo, y puede incluir un informe de su médico cuando corresponda. Si usted califica para recibir una exención, puede ser que también califique para una transferencia temporal a POWER.

**POWER:** Puede hacer una solicitud para ser transferido temporalmente a POWER en cualquier momento si califica para recibir los beneficios TANF pero no puede trabajar. Puede hacer una solicitud para recibir POWER si nos informa que sufre de una condición física o mental que le impide trabajar. También puede calificar para recibir POWER si usted es:

- Un padre/madre menor que asiste a la escuela
- Debe cuidar de alguien en su hogar que esté enfermo o sea discapacitado
- Tiene 60 años o más
- Debe recibir tratamiento por abuso de sustancias y no puede trabajar
- Es víctima de violencia doméstica y teme por su seguridad

**Manutención de Menores:** existen nuevas reglas para la manutención de menores. Puede recibir tanto TANF como una parte de su manutención de menores al mismo tiempo. La División de Servicios de Manutención de Menores puede ayudarlo a recibir manutención de menores del otro padre/madre. La ley exige que usted coopere con el CSSD. **Llame al (202) 442-9900** para concertar una cita con ellos. Al firmar este formulario usted acuerda cooperar de manera total con el CSSD para determinar la paternidad y recibir manutención de menores y asistencia médica como lo indica la ley. Puede solicitar una exención si cuenta con un buen motivo para no cooperar.

Usted tiene un buen motivo si:

- Teme que usted, sus hijos, o un miembro cercano de su familia estén en peligro si ayuda al CCSSD
- Su hijo fue concebido por la violación de un extraño, alguien que usted conoce, o un pariente
- Su hijo va a ser adoptado o está decidiendo si darlo en adopción

Usted puede tener otros motivos para no querer ayudar al CCSSD. Háblelo con su Trabajador de Manutención de Menores. Si tiene un buen motivo, informe a su Trabajador de Manutención de Menores y DHS y brinde evidencia dentro de los 20 días de la fecha en que solicitó la exención. Luego de que brinde evidencia al CCSSD, le informarán la decisión que tomen. Si no coopera con el CCSSD, y no desea obtener una exención, entonces perderá el 25% de su beneficio TANF.

**Límites de tiempo de TANF:** La mayoría de las personas solo pueden obtener TANF por 60 meses. Contamos cada mes que usted recibió un beneficio TANF hasta que llegue a los 60 meses. Si usted está sujeto a límites temporales, su beneficio TANF se reducirá o eliminará al comienzo del mes 61.

Usted no está sujeto a límites temporales si recibe SSI o si recibe TANF porque cuida del hijo de otra persona. Además, los meses no cuentan si está recibiendo beneficios POWER. Es importante que nos informe si tiene problemas para trabajar a causa de una enfermedad o discapacidad. Puede ser que califique para recibir POWER por otros motivos. Por favor, lea la sección sobre POWER para saber más.

**Pago laboral mientras recibe TANF:** Cuando informe que consiguió un trabajo, puede calificar para recibir hasta \$1,250 en bonos de TANF ¡mientras trabaja! También descontaremos su ingreso para que pueda recibir más de su TANF mientras trae a casa su pago. Cuánto dinero de su TANF usted conserva depende de cuánto gane.

**Sanciones:** Si no sigue los requisitos de su trabajo o su plan, los beneficios TANF que usted recibe serán interrumpidos, a menos que tenga un buen motivo. Esto se denomina sanción laboral. Queremos que usted se esfuerce para tener éxito para sus hijos y para usted mismo. DHS ofrece servicios para ayudarlo a prepararse para obtener un trabajo, para solucionar problemas que le impiden tener éxito en su trabajo, y para ayudarlo a conseguir un trabajo mejor. Si usted corre el riesgo de recibir una sanción, se lo notificaremos con anticipación. Usted puede prevenir las sanciones. Contacte al gerente de su caso o al Centro de Recursos Familiares del DHS para saber cómo.

Existen tres niveles de sanciones laborales. El primer nivel de sanción reducirá su subsidio al reducir el tamaño de su familia y quitarlo del subsidio. El segundo nivel de sanción

reducirá a la mitad su beneficio. El tercer nivel le quitará todo su beneficio. Debe cumplir cuatro semanas consecutivas de manera correcta para que le devuelvan su beneficio. Si no cumple rápidamente, la sanción podría durar más tiempo. Para recibir más información solicite a **TANF: Su guía para que pueda reconstruir las piezas** o diríjase a [www.dhs.dc.gov](http://www.dhs.dc.gov) o llame al (202) 698-1860.

**Cambios en las reglas de Transferencia Electrónica de Beneficios:** Recientemente el Congreso aprobó una ley que cambia cómo y dónde usted puede usar sus beneficios TANF en su tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT, por sus siglas en inglés). Su tarjeta EBT es la que usa para acceder a sus beneficios TANF. Está prohibido que usted utilice su tarjeta EBT en licorerías, casinos o clubes nudistas. Si usted utiliza su tarjeta en alguno de estos lugares, se bloqueará la transacción. DHS supervisa el uso de la tarjeta en estos lugares. Si usted intenta utilizar su tarjeta repetidamente en lugares prohibidos, estará violando las reglas del programa y quedará descalificado.

### **Reglas de Cupones para Alimentos**

Usted puede solicitar Cupones para Alimentos aparte de otros beneficios. Puede recibir Cupones para Alimentos Aceleradas dentro de siete (7) días si es elegible. Después de hacer la solicitud, recibirá una decisión sobre sus Cupones para Alimentos dentro de 30 días. Si no recibe notificación dentro de este periodo, usted puede recibir una Audiencia Justa. Además, si piensa que el monto de beneficios no es correcto, usted puede recibir una Audiencia Justa.

Tiene que tener una entrevista con DHS para recibir Cupones para Alimentos. Si necesita hacer la entrevista por teléfono, por favor dígalos a su trabajador. Podemos hacer entrevistas por teléfono si usted no puede ir a DHS debido a su trabajo. También podemos hacer entrevistas por teléfono si usted está enfermo/a o está cuidando a un pariente enfermo.

Usted tendrá que ir a DHS para hacer la recertificación cuando le enviemos un aviso. Nota: algunos clientes de la tercera edad o clientes discapacitados solo tienen que hacer la recertificación cada dos años. Sin embargo, no hay un límite de tiempo para poder recibir Cupones para Alimentos. De hecho, inclusive si pierde sus beneficios de TANF, todavía puede recibir Cupones para Alimentos.

**Si recibe Cupones para Alimentos, tiene que seguir estas reglas.**

- **No mienta o esconda información para recibir Cupones para Alimentos.**
- **No intercambie o venda sus Cupones para Alimentos;**
- **No utilice los Cupones para Alimentos de otra persona; y**
- **No compre alcohol o tabaco con Cupones para Alimentos.**

**Si viola las reglas, puede recibir una multa e ir a la cárcel hasta 20 años. También puede perder sus beneficios por un año después de la primera violación, por dos años por la segunda violación y permanentemente por la tercera violación. Si miente sobre su residencia en el Distrito o su identidad, no puede recibir Cupones para Alimentos por 10 años. Si vende o intercambia sus Cupones para Alimentos para cualquier otro propósito**

**(por ejemplo, para comprar drogas, armas de fuego, municiones o explosivos) o hace tráfico de \$500 o más en beneficios, puede perder sus beneficios permanentemente.**

### **Reglas de IDA**

Después de hacer la solicitud, recibirá una decisión sobre IDA dentro de 60 días. Si no recibe notificación dentro de 60 días, usted puede recibir una Audiencia Justa. Además, si piensa que el monto de beneficios no es correcto, usted puede recibir una Audiencia Justa.

Si recibe IDA, usted tiene que cooperar con su gerente de caso de IDA. Esto significa:

- Darnos informes médicos y otros materiales;
- Irse a sus citas con el médico y con la Administración de Seguro Social;
- Irse a sus citas con su gerente de caso; y
- Irse a programas de tratamiento, como sea requerido.

Si no sigue las reglas, usted puede perder una parte de o todos sus beneficios de IDA. DHS quitará el monto de IDA que usted recibió de su primer cheque de suma completa de SSI; DHS le enviará el resto de su primer cheque de SSI.

### **Derechos de Apoyo**

Usted tiene que entregar al Gobierno del Distrito cualquier pago que recibe de una compañía de seguro por cuidado médico. Tiene que entregar una parte de o toda la manutención infantil a CSSD después de recibir su primer pago de TANF. Si no está de acuerdo con estas condiciones, no puede recibir Medicaid o TANF. Cuando ya no recibe TANF, usted podrá guardar cualquier pago actual de manutención infantil. Si usa una tarjeta de Medicaid o beneficios de TANF, nos está indicando que está de acuerdo con estas condiciones.

### **Confidencialidad**

Al hacer la solicitud, usted da permiso a DHS para hablar con su empleador, su arrendatario (landlord), su banco, su médico y otras personas que tienen información sobre usted. También les da permiso a estas personas para dar información a DHS. Además, puede dar permiso a DHS para ver los archivos de su vehículo, información sobre su sueldo, información sobre impuestos y otros archivos gubernamentales. Por supuesto, DHS mantiene confidencial toda su información. DHS no comparte sus archivos sin su permiso (excepto cuando sea requerido por ley).

### **Equidad y No Discriminar**

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que

solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en:

[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de [información/líneas directas de los estados](#) (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en:

[http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

De acuerdo al Acta de Derechos Humanos de D.C. de 1977, como está enmendado, Código Oficial de D.C. § 2-1401.01 et seq., (el Acta) el Distrito de Columbia no discrimina a base de raza real o percibida: raza, color, origen nacional, sexo (acoso sexual o por género), edad, estado civil, apariencia personal, orientación sexual, identidad o expresión de género, información genética, estado como víctima de un delito familiar, estado de familia, responsabilidades familiares, matriculación, afiliación política, discapacidad, fuente de ingreso y lugar de residencia o negocio. Acoso sexual es una forma de discriminación sexual, la cual es prohibida por el Acta. Además, acoso que se basa en cualquiera de las categorías protegidas anteriormente mencionadas es prohibido por el Acta. No se tolera discriminación en violación del Acta. Las personas que violan el Acta serán sujetas a acción disciplinaria.

Estas prohibiciones también aplican a la negación de crédito o seguro. LAS QUEJAS SOBRE POSIBLES VIOLACIONES DE ESTA LEY PUEDEN PRESENTARSE ANTE:

Gobierno del Distrito de Columbia  
Oficina de Derechos Humanos  
441 4th Street, N.W., 570N  
Washington, D.C. 20001  
Teléfono (202) 727-4559 • Fax (202) 727-9589

★ ★ ★ DC Economic Security Administration  
645 H Street, NE  
Washington, DC 20002